**County of Orange Health Care Agency ❖ Public Health**
**CALIFORNIA CHILDREN SERVICES**
200 W. Santa Ana Blvd., Suite 100, Santa Ana, CA 92701-4134
PHONE: (714) 347-0300 ❖ FAX: (714) 347-0301
**www.oc.ca.gov/hca/public/ccs.htm**

# SOLICITUD DEL PROGRAMA

Esta solicitud débe ser llenarse por completo y regresarse a la direción indicada arriba por el padre, madre, guardián legal ó aplicante si es mayor de 18 años. ***Aplicante*** se refiere a el paciente por quien se esta solicitando los servicios.

1. Nombre de el Aplicante:

_____
*Apellido* *Nombre* *Inicial*

2. Nombre como aparece en el Acta de Nacimiento:

_____
*Apellido* *Nombre* *Inicial*

3. Dirección:

_____
*Número de casa* *Calle* *# Apartamento*

_____
*Ciudad* *Estado* *Codigo Postal*

4. Alias:

_____

5. Sexo: ❑ Femenino ❑ Masculino

6. Número de Teléfono: ( ) _____

7. Idioma Hablado: _____

8. Fecha de Nacimiento: _____

9. Lugar de Nacimiento: _____

10. # de Seguro Social: _____

11. # de Medi-Cal: _____

12. Nombre de Padres/Guardián Legal y Fecha de Nacimiento:

_____ _____
*Madre* *Fecha de Nacimiento* *Padre* *Fecha de Nacimiento*

13. Dirección: ***(Si es diferente a la de el aplicante)***

_____
*Número* *Calle* *# Apartamento*

_____
*Ciudad* *Estado* *Codigo Postal*

14. Nombre de Aseguranza Médica:

_____

15. Plan de Healthy Families:

_____

16. Número de Teléfono: ( ) _____

17. Grupo Etnico: *(Favor de marcar el Grupo Etnico correspondiente*) **OPCIONAL**

❑ Blanco ❑ Negro ❑ Hispano/Latino ❑ Indio Americano

❑ Filipino ❑ Asiatico ❑ Otro No-Blanco ❑ Otro: _____

Declaro que estoy solicitando los servicios de CCS y que la información dada es veridica y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que el completar esta forma no guarantiza que el solicitante será aceptado por el CCS. Yo doy permiso al CCS de verificar mi residencia, información médica y cualquier otra información requerida para completar la solicitud al programa de CCS. Estoy de acuerdo en usar toda cobertura de seguro médico disponible para servicios de diagnóstico y tratamientos, antes de usar fondos de CCS. Estoy de acuerdo en notificar de inmediato a CCS de a cualquier cambio que ocurra relacionado con cobertura de seguro médico, o implicamiento en reclamo a daños personales/fisicos, incluyendo representación legal y fechas de audencia en la corte.

Su firma autoriza a CCS a continuar con su solicitud.

X _____ _____ _____
*Firma del Padre/Guardián Legal/Aplicante* *Parentesco Con El* *Fecha*